

کاربرد لیزر در درمان بیماری التهابی بافت‌های اطراف ایمپلنت: مروری بر مقالات

ندا مسلمی^۱رضا فکر آزاد^۲

خلاصه

زمینه و هدف: شیوه‌های متنوعی برای درمان عفونت بافت‌های اطراف ایمپلنت معرفی شده اند؛ به منظور ارتقاء نتایج درمان‌های جراحی و غیرجراحی شیوه‌های جانبی نظیر آنتی بیوتیک‌ها، آنتی سبتیک ها و لیزر پیشنهاد شده است. از آنجا که لیزر قابلیت خوبی جهت از بین بردن میکروارگانیسم‌ها داشته و نیز اثرات باکتریسیدال و سم‌زدایی بالایی دارد، به عنوان یکی از بهترین تکنیک‌ها در درمان بیماری بافت‌های اطراف ایمپلنت مطرح می باشد. هدف از انجام این مطالعه گردآوری مقالات مرتبط با کاربرد لیزر درمان بیماری بافت‌های اطراف ایمپلنت بوده است.

روش بررسی: به جهت دستیابی به مقالات مرتبط موجود جستجوی الکترونیک در سایت‌های PubMed، Google Scholar، ScienceDirect، InterScience و IranMedex صورت گرفت.

یافته‌ها: در کل چکیده ۴۴ مقاله مرتبط بدست آمد. امکان دستیابی به متن کامل ۳۴ مقاله انگلیسی و فارسی وجود داشت. بر اساس نتایج مطالعات موجود: ۱- لیزرهای Co2، diode، و Er:YAG می‌توانند جهت تابش سطح ایمپلنت مناسب باشند. ۲- تابش لیزر Nd:YAG در صورتی که بصورت کم انرژی بکار رود به منظور سم زدایی (مهار فعالیت لیپوپلی ساکارد) سطح ایمپلنت مطرح می باشد. ۳- نقش اصلی لیزرها در درمان پری ایمپلنتیت نقش باکتریسیدال آن است. ۴- بر اساس نتایج مطالعات بالینی لیزرهای Er:YAG پُر انرژی در درمان غیرجراحی پری ایمپلنتیت ناکارآمد بوده اند. ۵- بر اساس نتایج مطالعات حیوانی استفاده از لیزر در درمان جراحی از لحاظ برقراری re-osseointegration موفقیت آمیز عمل کرده است. ۶- استفاده از فتوداینامیک تراپی در درمان پری ایمپلنتیت نویدبخش بنظر می رسد. ۷- انتخاب درست پارامترهای لیزر حین تابش روی سطح ایمپلنت در اثربخشی و ایمنی درمان بسیار کلیدی می باشد. ۸- تأثیر لیزرها روی ایمپلنت‌های تیتانیومی متفاوت از ایمپلنت‌های زیرکونیوم است.

نتیجه گیری: با توجه به شواهد موجود استفاده از لیزر به عنوان یک روش جانبی در درمان بیماری بافت‌های اطراف ایمپلنت می تواند بکار رود. از مهمترین مزایای لیزر (در صورت استفاده صحیح) اثر باکتریسیدال قوی آن بدون ایجاد تغییر در سطح ایمپلنت است.

واژه‌های کلیدی: لیزر، بیماری بافت‌های اطراف ایمپلنت، التهاب بافت‌های اطراف ایمپلنت، ایمپلنت‌های دندانی

^۱ استادیار گروه پرودانتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات لیزر در دندانپزشکی

^۲ استادیار دپارتمان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا، مرکز تحقیقات لیزر در دندانپزشکی

نویسنده مسئول: ندا مسلمی

پست الکترونیک: neda_moslemi@yahoo.com

مقدمه

درمان عفونت بافت‌های اطراف ایمپلنت مطرح می باشد. دبریدمان مکانیکی عموماً با استفاده از وسایلی که سختی کمتری نسبت به تیتانیم دارند (نظیر کورت‌های پلاستیکی و دستگاه پالیش همراه با rubber cup) انجام می‌شود تا از بروز خشونت روی سطح ایمپلنت و در نتیجه کلونیزیشن باکتریایی اجتناب شود. از آنجا که استفاده از شیوه‌های مکانیکی به تنهایی در حذف باکتری‌ها از سطح ایمپلنت ناکافی است، بکارگیری روش‌های شیمیایی (نظیر شستشو با مواد ضد عفونی کننده، شستشو با اسیدسیتریک و تجویز آنتی‌بیوتیک موضعی و سیستمیک) به عنوان روش‌های جانبی جهت بهبود ترمیم پس از درمان توصیه شده است [۳]. همچنین اگرچه بر اساس مطالعات in vitro استفاده از air-powder flow در ضدعفونی کردن سطح

اگرچه میزان بقاء ایمپلنت‌های دندانی در افراد بسیار بالا است، پس از یک دوره ۵ ساله از قرار گرفتن ایمپلنت‌ها در دهان، تا ۱۴/۴٪ از ایمپلنت‌ها دچار واکنش‌های آماسی بافت‌های اطراف ایمپلنت و مقادیر متغیری از تحلیل استخوان می شوند [۱]. بیماری التهابی بافت‌های اطراف ایمپلنت (peri-implantitis) به معنای بروز فرایند آماسی است که در اطراف ایمپلنت فاندکشنال osseointegrated روی داده و منجر به تخریب استخوان آلوئل اطراف ایمپلنت می‌شود [۲]. شیوه‌های متنوعی برای درمان این بیماری معرفی شده اند؛ از آنجا که کلونیزیشن میکروبی نقش عمده‌ای در بروز و پیشرفت این بیماری دارد، برداشتن پلاک میکروبی از سطح ایمپلنت با شیوه‌های مختلف (نظیر روش‌های مکانیکی و شیمیایی) به عنوان پیش نیاز

مقاله خارجی مرتبط، دسترسی به متن کامل ۳۵ مقاله امکان داشته و تنها خلاصه ۹ مقاله دیگر در دسترس بود. از آنجا که دو تا از مقالاتی که متن کامل آنها در دسترس بود به زبان غیر انگلیسی (آلمانی و ژاپنی) بودند، در کل ۳۳ مقاله انگلیسی مرتبط با متن کامل بدست آمد. لازم به ذکر است که جهت یافتن مقالات فارسی از بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (IranMedex) استفاده شد که یک مقاله با متن کامل نیز از این طریق یافت شد. به این ترتیب در کل متن کامل ۳۴ مقاله مرتبط انگلیسی و فارسی بدست آمد.

مقالات مرتبط به چهار دسته *in vitro*، مطالعات حیوانی، مطالعات انسانی و مقالات مروری تقسیم شدند. هدف از انجام مقالات *in vitro* بررسی اثرات لیزرها در افزایش درجه حرارت سطح ایمپلنت، تغییر خصوصیات فیزیکی سطح ایمپلنت، و میکروب زدایی (decontamination) و سم زدایی (detoxification) ایمپلنت های آلوده بوده است. مقالات حیوانی بیشتر از لحاظ هیستولوژیک تماس مجدد ایمپلنت و استخوان (Reosseointegration) را پس از درمان با لیزر بررسی کرده بودند. در مقالات انسانی نیز شاخص های بالینی (نظیر خونریزی حین پروبینگ و بهبود اتصالات بالینی) بررسی شده بود.

مروری بر مقالات

مطالعات *In vivo* و *In vitro* لیزر Co2 از اولین لیزرهایی بود که در مطالعات مربوط به درمان پری ایمپلنتیت با لیزر مطرح بوده است. یکی از ابتدایی ترین مقالات در زمینه اثر آنتی باکتریال لیزر Co2 روی ایمپلنت های تیتانیومی، مطالعه Kato و همکارانش در سال ۱۹۹۸ است. هدف از انجام این مطالعه *in vitro* بررسی تأثیر لیزر Co2 در کاهش باکتری های *Streptococcus sanguis* و *Porphyromonas gingivalis* روی دیسک های تیتانیومی بود. همچنین تغییرات ایجاد شده روی سطح تیتانیوم، افزایش درجه حرارت آن، آسیب به سلول های بافت همبندی (فیبروبلاست و استئوبلاست) خارج از ناحیه تحت تابش و نیز چسبندگی این سلولها به ناحیه تحت تابش اشعه مورد بررسی قرار گرفت. توان خروجی لیزر بکار رفته در این مطالعه ۵W، زمان تابش ۳-۸ ثانیه، انرژی ۴۰-۱۵ J، و چگالی انرژی ۱۲۲-۳۲۷ J/cm² بود. Spot size اشعه تابیده شده ۳/۹۵ mm بود. از آنجا که لیزر Co2 به خوبی در آب جذب می شود، انتظار می رود که در آب داخل سلولی باکتری ها نیز به راحتی جذب شده و از این طریق باکتری ها را از بین ببرد. از طرفی از آنجا که این لیزر در ایمپلنت تیتانیومی جذب نمی شود، موجب افزایش دمای آن نیز نخواهد شد؛ به این ترتیب این فرضیه مطرح شد که سلول های بافت همبندی اطراف نیز نباید تحت تأثیر اشعه لیزر قرار گیرند. بر اساس نتایج این مطالعه لیزر Co2 در ۲۶۸ J/cm² و *S. sanguis* ۲۴۵ J/cm² توانست بطور کامل به ترتیب باکتری های *P. gingivalis* و

ایمپلنت موفقیت آمیز است، به علت ایجاد تغییرات محسوس در سطح ایمپلنت و خطر آمفیزم محدودیت در کاربرد آن وجود دارد [۴]. برای بازسازی استخوان از دست رفته نیز تکنیک های مختلف Guided Bone Regeneration (GBR) معرفی شده است؛ اگرچه اثربخشی این روش محدود گزارش شده است [۵].

اگرچه تاکنون تلاش های بسیاری جهت درمان موفق این بیماری صورت گرفته است و روش های بسیاری در این رابطه معرفی شده اند، با این حال تاکنون پروتکل درمانی خاصی در رابطه با درمان بیماری التهابی بافت های اطراف ایمپلنت ارائه نشده است [۶ و ۷]. اخیراً علاوه بر روش های متداول موجود استفاده از لیزرهای مختلف نیز برای درمان عفونت پری ایمپلنت پیشنهاد شده است. از آنجا که لیزر قابلیت خوبی جهت از بین بردن میکروارگانیسم ها داشته و نیز اثرات باکتریسیدال و سم زدایی بالایی دارد، به عنوان یکی از بهترین تکنیک ها در درمان عفونت بافت های اطراف ایمپلنت مطرح می باشد [۸]. بیشترین نقش لیزر در درمان پری ایمپلنتیت اثر باکتریسیدال آن است. در کل لیزرها با دو اثر Photothermal و Photochemical (فتوداینامیک تراپی) می توانند باکتری های روی سطح ایمپلنت را از بین ببرند. در روش فتوترمال انرژی زیاد لیزر موجب انهدام باکتری می شود؛ در حالیکه در روش فتوکمیکال، باکتری به واسطه افزایش حرارت از بین نمی رود بلکه به دنبال تابش اشعه لیزر ماده حساس به نور (photosensitizer) متصل به باکتری فعال شده، مواد سمی برای باکتری تولید کرده و باکتری را از بین می برد.

از آنجا که عدم ایجاد تغییر در توپوگرافی سطحی ایمپلنت یک شاخص مهم در انتخاب ماده یا وسیله بکار رفته جهت تمیز کردن سطح ایمپلنت محسوب می شود، لیزری ایده آل می باشد که در عین حال که بیشترین اثر آنتی میکروبیال را دارد، کمترین تأثیر را روی توپوگرافی سطح ایمپلنت داشته و موجب افزایش حرارت ایمپلنت و استخوان اطراف آن نشود.

هدف از این مطالعه مروری، بررسی مقالات موجود در زمینه کاربرد لیزر در درمان بیماری التهابی بافت های اطراف ایمپلنت بوده است.

روش اجرا

به منظور یافتن مقالات خارجی مرتبط، با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی الکترونیک PubMed و سایت های InterScience (<http://www.interscience.wiley.com>)، ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com>) و Google Scholar تمام مقالات موجود از ژانویه سال ۱۹۹۷ تا نوامبر سال ۲۰۱۰ مورد بررسی قرار گرفتند. واژه های کلیدی بکار رفته عبارت بودند از: peri-implantitis، peri-implantitis، Laser(s)، implant disease، و Laser(s) از میان ۴۴

دمای تیتانیوم، تغییر در سطح آن، آسیب به سلول‌های فیبروبلاست و استئوبلاست و مهار رشد آنها در ناحیه تحت تابش نشد. در نهایت نتیجه‌گیری شد که تابش لیزر Co2 به صورت expanded beam می‌تواند در برداشتن باکتری‌های آلوده کننده سطح ایمپلنت مفید باشد [۹].

در مطالعه‌ای که توسط Park و همکارانش در سال ۲۰۰۵ انجام شده بود، بروز تغییرات سطحی روی ایمپلنت مرطوب با استفاده از لیزرهای Co2 (پالسی و غیر تماسی) و Nd:YAG (Neodymium:yttrium, aluminum, garnet) (پالسی و تماسی) در توان‌های مختلف (۱، ۲، ۳/۵ و ۵ وات) مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه در تمام توان‌ها لیزر Nd:YAG موجب بروز آسیب روی سطح ایمپلنت شده بود، بطوریکه میزان این آسیب متناسب با توان لیزر تابیده شده بود. اما لیزر Co2 در توان‌های ۱ و ۲ وات تغییری در سطح ایمپلنت ایجاد نکرده بود. به عبارتی نتایج این مطالعه نشان داد که در صورت استفاده از لیزر Co2 در توان‌های پایین آسیب به سطح ایمپلنت وارد نشده و این لیزر ایمن عمل می‌کند [۱۰].

بر اساس مطالعه Mouhyi و همکارانش، استفاده از لیزر پالسی Co2 با مشخصات ۸W، ۱۰ms، ۱۰Hz و به مدت ۵ ثانیه موجب افزایش دمای ناچیز (کمتر از ۳ درجه سانتیگراد) می‌شود [۱۱]. در مطالعه‌ای دیگر Mouhyi و همکارانش دریافتند که ترکیب لیزر Co2، اسید سیتریک و پراکسید هیدروژن بنظر در تمیز کردن و نیز بازسازی ساختار اکسیده سطح ایمپلنت تیتانیومی مؤثر عمل می‌کند. لازم به ذکر است که اکسید تیتانیوم سطح سازگاری نسبی بالایی داشته و در مقابل خوردگی سطح ایمپلنت مقاوم می‌باشد؛ بنابراین حضور آن با قدرت اتصال ایمپلنت به استخوان طی دوره osseointegration بسیار مرتبط است [۱۲].

بر اساس نتایج اکثر مطالعات لیزر Nd: YAG (Neodymium:yttrium, aluminum, garnet) در درمان پری ایمپلنتیت مناسب نمی‌باشد زیرا به راحتی و با هر میزان انرژی قادر به کندگی تیتانیوم می‌باشد [۱۳ و ۱۴]. با این حال Giannini و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داده‌اند که در صورت انتخاب درست پارامترهای pulse energy (در حد پایین) و repetition rate برای لیزر پالسی Nd:YAG می‌توان در همان طیف معمول توان (۱-۱/۴ W) بدون آسیب به سطح ایمپلنت شاهد اثر باکتری‌سیدال این نوع لیزر بود. در این مطالعه in vitro لیزر Nd:YAG بر سطح تیتانیوم sandblast شده آغشته به باکتری‌های Escherichia coli و Aggregatibacter actinomycetemcomitans تاییده شد. توان لیزر در همان حد ۱-۱/۴ W بود. اشعه به مدت یک دقیقه به صورت non-contact با فیبر شیشه‌ای ۴۰۰ میکرومتر تابیده می‌شد. لازم به ذکر است که در این مطالعه شستشو با آب نیز حین تابش

اشعه انجام می‌شد. بر اساس نتایج این مطالعه لیزر پالسی Nd:YAG در انرژی پالس پایین و با هر میزان repetition rate می‌تواند بدون آسیب به سطح ایمپلنت تیتانیومی موجب کاهش قابل توجهی در تعداد باکتری‌های مذکور شده و دمای ایمپلنت نیز همواره زیر ۳۰ درجه سانتیگراد باقی مانده بود [۱۵].

از طرفی دیگر، اندوتوکسین باکتریال (لیپوپلی ساکارید) از مواد چسبنده‌ای است که برداشتن آن از روی سطح ایمپلنت‌های بیمار از اهمیت بسیاری در موفقیت درمان پری ایمپلنتیت برخوردار است. در مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده بود، دیده شد که می‌توان با استفاده از لیزر Nd:YAG با توان ۱/۴ وات (۲۰ میلی ژول و ۷۰ هرتز) فعالیت ایمونولوژیک لیپوپلی ساکارید‌ها را تا حد زیادی کاهش داد [۱۶].

در درمان پری ایمپلنتیت لیزر دیود به منظور دستیابی به اثرات فتوکمیکال لیزر همراه با مواد photosensitive به کار رفته است.

بر اساس نتایج مطالعه Haas و همکارانش تابش لیزر دیود (۹۰۵ nm) همراه با تولوئیدن بلو موجب کاهش قابل توجه باکتری‌های Aggregatibacter actinomycetemcomitans و Prevotella intermedia و Porphyromonas gingivalis شده بود [۱۷].

در مطالعه Kreiser و همکارانش در سال ۲۰۰۲، میزان تغییرات حرارتی روی سطح ایمپلنت با لیزر Co2 و diode (GaAlAs) (۸۰۹nm) به صورت in vitro بررسی شد. هر دو لیزر در محدوده توان ۱-۲/۵W و به صورت continuous wave بوده و اشعه لیزر با زاویه ۹۰ درجه نسبت به سطح ایمپلنت تابیده می‌شد. افزایش درجه حرارت به بیش از ۴۷ درجه سانتی گراد که حد آستانه بحرانی جهت آسیب به استخوان اطراف می‌باشد، در موارد زیر دیده شد: در مورد لیزر GaAlAs توان خروجی ۲/۵W به مدت ۸ ثانیه، توان خروجی ۲/۰W به مدت ۱۳ ثانیه، توان خروجی ۱/۵W به مدت ۱۸ ثانیه، و توان خروجی ۱/۰W به مدت ۴۲ ثانیه. در مورد لیزر Co2 توان خروجی ۲/۵W به مدت ۱۵ ثانیه، توان خروجی ۲W به مدت ۲۳ ثانیه، توان خروجی ۱/۵W به مدت ۳۵ ثانیه و توان خروجی ۱W به مدت ۵۶ ثانیه. به عبارتی در توان‌های مساوی لیزر GaAlAs همواره موجب افزایش دمای بیشتری در مقایسه با لیزر Co2 شده بود. در نتیجه اگرچه این دو لیزر می‌توانند در توان‌های پایین و متوسط بدون افزایش حرارت عمل کنند، اما در نظر گرفتن زمان تابش نیز یک عامل بسیار مهمی است که نباید نادیده گرفته شود. در انتهای این مقاله توصیه شده است که در مواردی که به ناچار نیاز است که زمان تابش لیزر طولانی‌تر باشد (نظیر تمیز کردن تمام سطح یک ایمپلنت در پاکت‌های عمیق)، باید حداقل به مدت ۵ دقیقه صبر کرد تا دمای ایمپلنت تیتانیومی پایین‌تر از حد آستانه آمده و مجدداً اشعه تابیده شود [۱۸]. نتایج این مطالعه در راستای نتایج مطالعه Deppe و همکارانش [۱۹] می‌باشد با این تفاوت که در مطالعه Deppe

توجه به اینکه نتایج این مطالعه با نتایج مربوط به ایمپلنت های تیتانیومی متفاوت است، بنظر می رسد که جنس ایمپلنت نیز عامل مهمی در انتخاب لیزر مناسب جهت تمیز کردن سطح محسوب می شود.

مطالعات هیستولوژیک: Persson و همکارانش در سال ۲۰۰۴ نشان دادند که میزان re-osseointegration و تشکیل استخوان به دنبال استفاده از لیزر Co2 همراه با پراکسید هیدروژن حین جراحی پری ایمپلنتیت تجربی در سگ مشابه با کاربرد گاز آغشته به سالیین نرمال به روی سطح ایمپلنت بود. بر اساس نتایج این مطالعه کاربرد لیزر CO2 در رابطه با درمان پری ایمپلنتیت بی فایده بود [۲۵].

در یک مطالعه تجربی در سال ۲۰۰۶ روش های مختلف جراحی پری ایمپلنتیت با یکدیگر مقایسه شدند. پس از سه ماه از درمان مشاهده شد که (۱) جراحی submerged + استفاده از لیزر Er: YAG جهت تمیز کردن سطح ایمپلنت در مقایسه با (۲) جراحی submerged + استفاده از وسیله اولتراسونیک و (۳) روش غیر جراحی (تمیز کردن سطح ایمپلنت مجاور پاکت با وسایل پلاستیکی) موجب نتایج بهتری در نمای رادیوگرافیک و هیستولوژیک در سگ شد. بطوریکه تماس ایمپلنت با استخوان در هر یک از گروه ها به ترتیب ۴۴/۸٪، ۱۴٪ و ۱٪ بود.

جالب اینکه میزان تماس ایمپلنت با استخوان در گروه لیزر مشابه نتایج مطالعات گذشته در رابطه با کاربرد مواد پیوندی و ممبران بوده است. همچنین میزان پلاک میکروبی باقی مانده پارامترهای لیزری در این مطالعه نظیر مطالعات قبلی این گروه تحقیقاتی (Schwarz و همکارانش) در 10 Hz ، 100 mJ/pulse (12 J/cm^2) و انرژی پالس در نوک وسیله تقریباً 85 mJ/pulse تنظیم شده بود [۲۶].

Shibli و همکارانش در سال ۲۰۰۶ طی یک مطالعه حیوانی تأثیر photosensitization همراه با guided bone regeneration (GBR) را در بهبود re-osseointegration در سگ های دچار پری ایمپلنتیت تجربی، در مقایسه با GBR به تنهایی بررسی کردند. در این مطالعه از لیزر دیود GaAlAs با طول موج 830 nm و به مدت ۸۰ ثانیه با دانسیته انرژی 4 J/cm^2 (انرژی کلی ۴ ژول) استفاده شد. لیزر بصورت تماسی روی هر یک از سطوح باکال، مزپال، دیستال، و لینگوال (هر سطح ۲۰ ثانیه) تابیده می شد. همچنین از تلوئیدین بلو به عنوان ماده جاذب استفاده شد. بر اساس نتایج این مطالعه هیستولوژیک نتایج در گروه لیزر بطور قابل ملاحظه ای بهتر از گروه کنترل بود. به عبارتی استفاده از این شیوه به عنوان یک روش درمان ضد میکروبی موضعی همراه با GBR مناسب عنوان شده است [۲۷].

Takasaki و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در یک مطالعه تجربی اثربخشی لیزر Er:YAG را در برداشتن بافت گرانو و دبریدمان سطح ایمپلنت، در مقایسه با روش متداول (استفاده از کورت های پلاستیکی) را بررسی کرد. انرژی خروجی لیزر بطور متوسط 62 mJ/pulse بود

همکارانش حداکثر زمان ایمن برای تابش اشعه لیزر Co2 با توان $2/5\text{ W}$ ، ۱۰ ثانیه گزارش شده اما در مطالعه Kreiser و همکارانش [۱۸] این زمان ۸ ثانیه بود. تفاوت در نتایج را می توان به تفاوت در محل اندازه گیری درجه حرارت در این دو مطالعه نسبت داد.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۰ به چاپ رسیده است، افزایش حرارت ناشی از تابش سطح ایمپلنت های مختلف با لیزر ErCr:YSGG و لیزر CO2 مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه ایمپلنت ها با سطوح مختلف در دنده خوک ها کار گذاشته شدند و سپس ترموکوپل در ناحیه اپیکال ایمپلنت ها قرار داده شد. لیزر CO2 با قدرت ۴ وات و بصورت continuous wave و لیزر ErCr: YSGG با قدرت ۱/۵ وات و pulse mode با فرکانس ۲۰ هرتز به مدت ۶۰ ثانیه به سطح کروئالی ایمپلنت ها تابانده شدند. بر اساس نتایج این مطالعه لیزر ErCr:YSGG در صورتی که همراه با اسپری آب تابانده شود، موجب افزایش درجه حرارت سطح اپیکال ایمپلنت و استخوان اطراف آن نمی شود. بنابر این در صورت کاربرد صحیح می توان از این لیزر در مرحله دوم جراحی ایمپلنت و درمان پری ایمپلنتیت استفاده کرد [۲۰].

Kreiser و همکارانش در سال ۲۰۰۲ نشان دادند که لیزر Er:YAG (Erbium: yttrium, aluminum, garnet) 120 mJ/pps یا 12 W (۰/۶-۱/۲) می تواند بیش از ۹۹٪ از باکتری ها را از بین برد بدون آنکه آسیبی به سطح تیتانیوم وارد کند. [۲۱] همین نتایج از مطالعه Miller که از لیزر Er,Cr:YSGG با همین مشخصات استفاده کرده بود بدست آمد [۲۲].

لیزر Er:YAG با طول موج 2940 nm به میزان ۷۱٪ از تیتانیوم منعکس شده و با افزایش طول موج لیزر به 10690 nm (لیزر Co2) این میزان به ۹۶٪ می رسد [۲۳]. به عبارتی احتمالاً لیزر Co2 در مقایسه با لیزر Er:YAG در این زمینه ایمن تر عمل می کند.

بر اساس نتایج اکثر مطالعات in vitro لیزرهای Co2، diode، Er: YAG، می توانند برای سطح ایمپلنت تیتانیومی مناسب عمل کنند زیرا جاذب آن طول موج ها در تیتانیوم ضعیف بوده و در نتیجه دمای ایمپلنت تیتانیومی و نیز استخوان اطراف طی تابش اشعه لیزر چندان افزایش نخواهد یافت [۱۳ و ۱۸].

با توجه به روی کار آمدن ایمپلنت های زیرکونیا (Zirconium) و استفاده روزافزون از آن، بروز پری ایمپلنتیت در اطراف آن نیز نظیر ایمپلنت های تیتانیومی پدیده ای اجتناب ناپذیر خواهد بود. با این حال به علت جدیدتر بودن این نوع ایمپلنت ها مقالات مربوط به اثر لیزر بر روی آنها بسیار محدود بوده است. در مقاله Stubinger و همکارانش در سال ۲۰۰۸، تأثیر لیزرهای Er:YAG، Co2 و دیود روی ایمپلنت های زیرکونیوم بصورت in vitro مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه در هر توان بکار رفته، تنها لیزر دیود لیزر پیشنهادی جهت میکروب زدایی سطح ایمپلنت بوده است [۲۴].

بطوری که چگالی انرژی در انتهای نوک وسیله 10^2 J/cm^2 بود. همچنین repetition rate پالس ها 20 Hz بود. اشعه لیزر همراه با اسپری سالین و در تماس مستقیم با ایمپلنت و سطح استخوان تابیده شده بطوری که نوک وسیله بطور مایل با زاویه $30-45^\circ$ درجه روی سطح قرار می گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه لیزری با این مشخصات در برداشتن بافت گرانولیشن و نیز دبریمان سطح ایمپلنت مؤثر عمل کرده است، با این حال تفاوت گروه لیزر از لحاظ میزان تشکیل استخوان جدید و تماس ایمپلنت با استخوان از نظر آماری بهتر از گروه کنترل نبوده است [28].

مطالعات بالینی:

درمان های غیر جراحی: بر اساس نتایج مطالعات صورت گرفته استفاده از لیزر Er:YAG با پارامترهای $(12/7 \text{ Jcm}^{-2})$ 100 mJ/pulse (انرژی پالس در نوک وسیله تقریباً 85 mJ/pulse) و 10 Hz جهت درمان پری ایمپلنتیت به روش غیر جراحی به ویژه بصورت تک دوز در بهبود اتصالات بالینی حتی پس از 6 ماه ناکارآمد تشخیص داده شد [29-31].

درمان های جراحی: Romanos توانست با استفاده از لیزر Co2 و سپس قرار دادن مواد پیوند استخوان و غشاء قابل جذب 18 مورد پری ایمپلنتیت را در 14 بیمار بطور موفقیت آمیزی درمان کند بطوریکه عمق پاکت بطور قابل توجهی کاهش یافت. متوسط توان بکار گرفته شده $2/77 \text{ W}$ بود. مدت پی گیری بیماران در این مطالعه به طور متوسط $17/5$ ماه بود [32].

در یک مطالعه گزارش موردی که توسط دکتر ریسمانچیان و همکارانش در اصفهان انجام شده بود، استفاده از لیزر Er:YAG همراه با GBR در درمان پری ایمپلنتیت مؤثر گزارش شده بود. در این مطالعه محل ضایعه و سطح ایمپلنت با استفاده از لیزر 150 mJ/20 Hz همراه با نرمال سالین آلودگی زدائی انجام شد. مدت زمان تابش اشعه و نحوه تماس اشعه با سطح در این گزارش ذکر نشده بود. پس از 18 ماه از انجام این مطالعه بالینی و رادیوگرافیک نشانه ای از عود مشاهده نشد [33].

Dortbudak و همکارانش دریافتند که لیزر کم توان با استفاده از دیود (690 nm) به مدت 60 ثانیه، پس از قرار دادن تلوئیدن بلو روی سطح ایمپلنت، میزان باکتری ها را تا 92٪ کاهش می دهد؛ البته در این طول موج باکتری ها بطور کامل حذف نشده بودند. با این حال در طول موج 905 nm لیزر دیود موجب از بین بردن تمام باکتری ها شده بود [34].

لازم به ذکر است که جهت برداشتن بافت گرانولیشن حین جراحی باید از لیزری استفاده شود که کمترین آسیب حرارتی را به استخوان اطراف وارد کند (نظیر لیزرهای گروه اربیوم همراه با آب). در صورت استفاده از لیزر دیود جهت برداشتن بافت گرانولیشن باید نهایت دقت

میدول گردد تا آسیب حرارتی وارد نشود. به همین منظور می توان حین کاربرد این لیزر از اسپری آب نیز استفاده کرد [35].

مقالات مروری، متاآنالیز و مروری جامع: در یک مقاله مروری که توسط Martin در سال 2004 با عنوان «لیزر در ایمپلنتولوژی» به چاپ رسیده بود، به این نکته اشاره می شود که دانش جراح از مشخصات لیزر مورد استفاده و اثرات لیزر های مختلف بر روی باکتری ها و سطح ایمپلنت، قبل از بکارگیری آن در درمان الزامی است [36]. در یک مطالعه مروری دیگر که در سال 2009 توسط Romanos و همکارانش به چاپ رسیده بود، استفاده از لیزر Co2 در درمان پری ایمپلنتیت مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در نتایج این مقاله مروری آمده است که اگرچه لیزر Co2 خطر ناچیزی برای بیمار دارد، جراح باید مسائل ایمنی را به دقت رعایت کرده و مهارت کافی را در این زمینه داشته باشد. به علاوه هزینه دستگاه لیزر و طول موج آن باید مد نظر قرار گیرد. در نهایت پیشنهاد شده است که جهت بررسی موفقیت دراز مدت لیزر Co2 در درمان پری ایمپلنتیت نیاز به انجام مطالعات کلینیکی و هیستولوژیک بیشتری است [37]. با این حال جمع بندی مشخصی از نتایج مطالعات مرتبط با کاربرد لیزر Co2 در درمان پری ایمپلنتیت در این مقاله ذکر نشد.

بر اساس نتایج مطالعه مروری Schwarz و Becker در سال 2005 لیزر Er: YAG در مقایسه با روش های متداول مکانیکی در برداشتن پلاک اولیه تشکیل شده روی سطح ایمپلنت های SLA مؤثرتر عمل می کند [38].

Kotsovilis و همکارانش در سال 2008 در یک مقاله مروری جامع با عنوان درمان پری ایمپلنتیت بیان کردند که اگرچه مطالعات موجود در زمینه درمان پری ایمپلنتیت ناچیز و اکثراً کوتاه مدت می باشند، اما روش های دبریدمان مکانیکی همراه با درمان آنتی سبتیک/آنتی بیوتیک، لیزر Er:YAG یا تکنیک های regenerative می تواند در درمان پری ایمپلنتیت بکار رود. البته موارد تجویز هر یک از این روش ها هیچگاه بررسی نشده است [39].

در مطالعه ای با عنوان «لیزر در ترمیم زخم های پریدونتال و پری ایمپلنت» که در سال 2009 در مجله Periodontology 2000 توسط Schwartz و همکارانش به چاپ رسیده، عنوان شده است که درمان غیر جراحی ضایعات پری ایمپلنتیت با لیزر Er:YAG می تواند حداقل تا 6 ماه شاخص های بالینی را بهبود بخشد؛ با این حال بقاء نتایج درمان بررسی نشده است [39].

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعات صورت گرفته در زمینه کاربرد لیزر در درمان پری ایمپلنتیت می توان موارد زیر را استخراج کرد:
1. بیشترین لیزرهایی که در زمینه درمان پری ایمپلنتیت بکار رفته اند، عبارتند از: Co2، diode و Er:YAG. اگرچه لیزر

۷. انتخاب درست پارامترهای لیزر حین تابش روی سطح ایمپلنت جهت دستیابی به بیشترین تأثیر همراه با کمترین آسیب به سطح ایمپلنت بسیار کلیدی می باشد.

۸. تأثیر لیزرها روی ایمپلنت های تیتانیومی متفاوت از ایمپلنت های زیرکونیوم است. بر اساس نتایج یک مطالعه *in vitro*، تنها لیزر ایمن برای کار روی ایمپلنت زیرکونیوم لیزر دیود می باشد.

۹. تاکنون پروتوکل درمانی مشخصی جهت درمان پری ایمپلنتیت معرفی نشده است. با این حال با توجه به شواهد موجود استفاده از لیزر به عنوان یک روش جانبی خوبی در درمان پری ایمپلنتیت مطرح می باشد. از مهمترین مزایای لیزر (در صورت استفاده صحیح) اثر باکتریسیدال قوی آن بدون ایجاد تغییر در سطح ایمپلنت است.

پیشنهادهات

از آنجا که تعداد مقالات کارآزمایی بالینی تصادفی شده در زمینه کاربرد لیزر در درمان پری ایمپلنتیت بسیار محدود بوده، امکان جمع بندی نتایج بالینی و تصمیم گیری صحیح جهت درمان بالینی وجود نداشته است. به منظور دستیابی به هدف نهایی یعنی تصمیم گیری مبتنی بر شواهد انجام چنین مطالعاتی ضروری بنظر می رسد.

Nd:YAG به علت جذب در تیتانیوم می تواند موجب افزایش درجه حرارت ایمپلنت و تغییر در توپوگرافی سطحی آن شود، اما بر اساس نتایج یکی از مطالعات در صورت انتخاب درست پارامترهای pulse energy (در حد پایین) و repetition rate می توان در همان طیف معمول توان (۱-۴W) بدون آسیب به سطح ایمپلنت شاهد اثر باکتریسیدال این نوع لیزر بود.

۲. لیزر Nd:YAG اگر با انرژی پایین بکار رود ممکن است در آینده در detoxification سطح ایمپلنت روش کارامدی بشمار آید.

۳. بیشترین کاربرد لیزر در درمان پری ایمپلنتیت اثر باکتریسیدال آن می باشد. البته از لیزرها در برداشتن بافت گرانولیشن نیز استفاده می شود.

۴. بر اساس نتایج مطالعات بالینی لیزرهای high-level Er:YAG در درمان غیرجراحی پری ایمپلنتیت ناکارآمد بوده اند.

۵. رابطه با تأثیر لیزرهای high-level Er:YAG در re-osseointegration مطالعات هیستولوژیک صورت گرفته بسیار محدود است و قابل استناد نمی باشند.

۶. استفاده از فتودینامیک تراپی در درمان پری ایمپلنتیت نویدبخش بنظر می رسد.

منابع

- Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. J Clin Periodontol 2002; 29 (1 3):197-212.
- Albrektsson T, Isidor F. Consensus report of session IV. In: Lang NP, Karring T (eds) Proceedings of the first European workshop on periodontology. Quintessence London 1994; 365-9.
- Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Antimicrobial treatment of peri-implant diseases. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19:128-39.
- Kreisler M, Kohnen W, Christoffers AB, Gotz H, Jansen B, Duschner H, d'Hoedt B. In vitro evaluation of the biocompatibility of contaminated implant surfaces treated with an Er: YAG laser and an air powder system. Clin Oral Implants Res 2005; 16:36-43.
- Lang N.P, Mombelli A, Tonetti M.S, Bragger U, Hammerle C. Clinical trials on therapies for peri-implant infections. Ann Periodontol 1997; 2: 343-56.
- Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol 2008; 35(8): 282-5.
- Klinge B, Gustafsson A, Berglundh T. A systematic review of the effect of anti-infective therapy in the treatment of peri-implantitis. J Clin Periodontol 2002; 29: 213.
- Sculean A, Schwarz F, Becker J. Anti-infective therapy with an Er:YAG laser: influence on peri-implant healing. Expert Rev Med Devices 2005; 2: 267-76.
- Kato T, Kusakari H, Hoshino E. Bactericidal Efficacy of Carbon Dioxide Laser Against Bacteria-Contaminated Titanium Implant and Subsequent Cellular Adhesion to Irradiated Area. Lasers in Surgery and Medicine 1998; 23: 299-309.
- Park CY, Kim SG, Kim MD, Eom TG, Yoon JH, Ahn SG. Surface Properties of Endosseous Dental Implants after NdYAG and CO2 Laser Treatment at Various Energies. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 1522-7.
- Mouhyi J, Sennarby L, Nammour S, et al. Temperature increases during surface decontamination of titanium implants using CO2 laser. Clin Oral Implants Res 1999; 10:54.

12. Mouhyi J, Sennerby L, Wennerberg A, Louette P, Dourov N, van Reck J. Re-establishment of the atomic composition and the oxide structure of contaminated titanium surfaces by means of carbon dioxide laser and hydrogen peroxide: an in vitro study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2000; 2(4):190–202.
 13. Kreisler M, Götz H, Duschner H. Effect of Nd:YAG, Ho:YAG, Er:YAG, CO₂, and GaAlAs laser irradiation on surface properties of endosseous dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2002; 17:202–11.
 14. Romanos GE, Everts H, Nentwig GH. Effects of diode and Nd:YAG laser irradiation on titanium discs: a scanning electron microscope examination. *J Periodontol* 2000; 71:810–5.
 15. Giannini R, Vassalli M, Chellini F, Polidori L, Dei R, Giannelli M. Neodymium:yttrium aluminum garnet laser irradiation with low pulse energy: a potential tool for the treatment of peri-implant disease. *Clin Oral Impl Res* 2006; 17: 638–43.
 16. Giannelli Bani, Tani et al. In Vitro Evaluation of the Effects of Low-Intensity Nd:YAG Laser Irradiation on the Inflammatory Reaction Elicited by Bacterial Lipopolysaccharide Adherent to Titanium Dental Implants. *J Periodontol* 2009; 80:977-84.
 17. Haas R, Dörtbudak O, Mensdorff-Pouilly N, Mailath G. Elimination of bacteria on different implant surfaces through photosensitization and soft laser. An in vitro study. *Clin Oral Implants Res* 1997 Aug; 8(4): 249-54.
 18. Kreisler M, Al Haj H, Götz H, Duschner H, d'Hoedt B. Effect of simulated CO₂ and GaAlAs laser surface decontamination on temperature changes in Ti-plasma sprayed dental implants. *Lasers Surg Med* 2002; 30: 233–9.
 19. Deppe H, Horch HH, Henke J, Donath K. Peri-implant care of ailing implants with the carbon dioxide laser. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16: 659–67.
 20. Gómez-Santos L, Arnabat-Domínguez J, Sierra-Rebolledo A, Gay-Escoda C. Thermal increment due to ErCr: YSGG and CO₂ laser irradiation of different implant surfaces. A pilot study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(5): e782-7.
 21. Kreisler M, Kohnen W, Marinello C, Gotz H, Duschner H, Jansen B, d'Hoedt B. Bactericidal effect of the Er:YAG laser on dental implant surfaces: an in vitro study. *J Periodontol* 2002; 73:1292–8.
 22. Miller R J. Treatment of the contaminated implant surface using the Er,Cr:YSGG laser. *Implant Dent*. 2004; 13: 165-70.
 23. Schwarz F, Becker J. Treatment of periodontitis and peri-implantitis with an Er:YAG laser: Experimental and clinical studies. *Medical Laser Application* 2005; 20: 47–59.
 24. Stübinger S, Homann F, Etter C, Miskiewicz M, Wieland M, Sader R. Effect of Er: YAG, CO₂ and diode laser irradiation on surface properties of zirconia endosseous dental implants. *Lasers Surg Med* 2008; 40:223-8.
 25. Persson LG, Mouhyi J, Berglundh T, Sennerby L, Lindhe J. Carbon dioxide laser and hydrogen peroxide conditioning in the treatment of periimplantitis: an experimental study in the dog. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2004; 6: 230–8.
 26. Schwarz F, Jepsen S, Herten M, Sager M, Rothamel D, Becker J. Influence of different treatment approaches on non-submerged and submerged healing of ligature induced peri-implantitis lesions: an experimental study in dogs. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 584–95.
 27. Shibli JA, Martins MC, Ribeiro FS, Garcia VG, Nociti FH Jr, Marcantonio E Jr. Lethal photosensitization and guided bone regeneration in treatment of peri-implantitis: an experimental study in dogs. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17(3): 273-81.
 28. Takasaki AA, Aoki A, Mizutani K, Kikuchi S, Oda S, Ishikawa I. Er:YAG laser therapy for peri-implant infection: a histological study. *Lasers Med Sci* 2007; 22(3): 143-57.
 29. Schwarz F, Bieling K, Bonsmann M, Latz T, Becker J. Nonsurgical treatment of moderate and advanced periimplantitis lesions: a controlled clinical study. *Clin Oral Invest* 2006; 10: 279–88.
 30. Schwarz F, Sculean A, Rothamel D, Schwenzer K, Georg T, Becker J. Clinical evaluation of an Er:YAG laser for nonsurgical treatment of peri-implantitis: a pilot study. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16: 44–52.
 31. Schwarz F, Bieling K, Nuesry E, Sculean A, Becker J. Clinical and Histological Healing Pattern of Peri-Implantitis Lesions Following Non-Surgical Treatment With an Er:YAG Laser. *Lasers Surg Med* 2006; 38: 663-71.
 32. Romanos GE. Laser surgical tools in implant dentistry for the long-term diagnosis of oral implants. *Int Cong Ser* 2004; 1248: 112–3.
۳۳. ریسمانچیان م، بیرنگ ر، مقاره عابد الف. درمان التهاب اطراف ایمپلنت با استفاده از لیزر و GBR: گزارش مورد. *مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان*. ۱۳۸۵؛ ۳: ۳۸–۴۱.

34. Dortbudak O, Haas R, Bernhart T, Mailath-Pokorny G. Lethal photosensitization for decontamination of implant surfaces in the treatment of peri-implantitis. *Oral Implants Res* 2001; 12:104-8.
35. Parker S. Surgical laser use in implantology and endodontics. *Br Dent J* 2007; 202: 377-86.
36. Emile Martin, Lasers in dental implantology. *Dent Clin N Am* 2004; 48: 999-1015.
37. Romanos G, Ko HH, Froum S, Tarnow D. The Use of CO2 Laser in the Treatment of Peri-implantitis. *Photomed Laser Surg* 2009; 27:381-6.
38. Kotsovilis S, Karoussis IK, Trianti M, Fourmouis I. Therapy of peri-implantitis: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 621-9.
39. Schwarz F, Aoki A, Sculean A, Becker J. The impact of laser application on periodontal and peri-implant wound healing. *Periodontol 2000*? 2009; 51: 79-108.